

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° _____

198

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Henri HRUSZEK

Né le 29 Septembre 1901. à Sivac (Yougoslavie)

**INDICATIONS ET RESULTATS
DES MYOMECTOMIES
PENDANT LA GESTATION**

***OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
DE 1921-1927***

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNE

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

291

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Henri HRUSZEK

Né le 29 Septembre 1901. à Sivac (Yougoslavie)

**INDICATIONS ET RESULTATS
DES MYOMECTOMIES
PENDANT LA GESTATION**

***OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE BAUDELOQUE
DE 1921-1927***

Président: M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WITAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	II. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVÉLAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
Clinique propédeutique	DUVAL
Professeur sans chaire	SERGENT
Clinique de la tuberculose	BRANCA.
	L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FISSINGEP	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVIN	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de respectueuse et profonde
gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION

A l'hystérectomie, qui fut longtemps leur arme unique contre le fibro-myome, les accoucheurs ont adjoint la myomectomie, opération conservatrice idéale. Au contraire de l'hystérectomie, l'ablation de la tumeur pratiquée au cours de la gestation peut couper court aux complications, rares, mais si graves de nécrobiose, de torsion et autres accidents et permettre l'évolution de la gestation jusqu'au terme ; pratiquée à terme, au cours du travail, elle sera le complément d'une césarienne indiquée par quelque autre cause de dystocie ; enfin après l'avortement ou l'accouchement, elle permettra de pallier aux accidents infectieux graves qui compliquent en certains cas les fibromes à évolution vaginale.

Tous les fibromes compliqués ne sont pas du ressort de la myomectomie, leur grand volume, leur multiplicité, certaines de leurs localisations anatomiques s'opposent à l'énucléation ou la rendent dangereuse. Dans ces cas, l'accoucheur, se souvenant du précepte « primum non nocere » devra se résigner à pratiquer une hystérectomie.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste

travail, d'étudier les différentes éventualités, d'en tirer des lois sur les indications et la technique des interventions chirurgicales appelées par les fibromyomes au cours de la gestation, de l'accouchement et des suites de couches.

Nous avons pour but d'apporter notre contribution personnelle à cette étude par l'exposé succinct, schématique de la pratique de la clinique Baudelocque, de 1921 à 1927.

Ce travail nous a été inspiré par notre maître, M. le Professeur Couvelaire, qui nous a permis de consulter les observations de son service, et nous a puissamment guidé de ses conseils bienveillants, nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Cette étude se divise en trois parties précédées d'une statistique générale :

1° Dans la première partie, nous exposons brièvement les accidents qui ont nécessité une intervention chirurgicale au cours de la gestation ; puis seront relatés les incidents survenus au cours des myomectomies et les résultats opératoires ; à la fin du chapitre, on trouvera les observations des cas de myomectomies pratiquées à la clinique Baudelocque ou au dehors, et celles de deux cas de gestation survenue après une myomectomie ;

2° Dans la deuxième partie, nous résumerons les indications et les résultats de la myomectomie au cours de l'accouchement, suivies de six observations

de la clinique Baudelocque rentrant dans ce chapitre ;

— 3° Enfin, dans la troisième partie, on trouvera quelques courts aperçus sur les indications et les résultats de la myomectomie dans le post-partum ou le post-abortion suivis de notre unique observation de la clinique Baudelocque.

STATISTIQUE GENERALE

A la clinique Baudelocque, sur 21.330 avortements et accouchements effectués de 1921 à 1927 (inclus), nous relevons 162 cas de gestations compliquées de fibromes diagnostiqués.

1° Les 162 cas donnent : 7 cas d'interruption spontanée de la gestation :

- a) 6 cas d'avortement spontané ;
- b) 1 cas de rupture de gestation extra-utérine.

2° Dans 155 cas, la gestation s'est poursuivie jusqu'à terme ou jusqu'au voisinage du terme : aucun cas n'a indiqué l'hystérectomie ; dans 16 cas on a dû faire une myomectomie :

- a) 12 fois à la clinique Baudelocque ;
- b) 4 fois hors de la clinique.

3° Dans les 139 cas restant, évoluant sans trouble notable :

a) 117 fois, l'accouchement s'est fait par les voies naturelles, dont 2 cas concernant des femmes opérées avant la gestation par myomectomie :

- 1 fois à Baudelocque ;

1 fois hors de Baudelocque ;

b) 22 fois l'accouchement a été fait par intervention, se répartissant ainsi :

7 cas de césarienne simple,

6 cas de césarienne + myomectomie,

9 cas de césarienne + hystérectomie.

4° Dans le post-abortum et le post-partum, on a fait :

a) 1 fois la myomectomie (polype fibr. dans le post-abortum) ;

b) 0 fois l'hystérectomie.

PREMIERE PARTIE

INDICATIONS ET RESULTATS DE LA MYOMECTOMIE AU COURS DE LA GESTATION

I. — INDICATIONS

Dans les douze cas de myomectomies pratiquées au cours de la gestation, de l'année 1921 à 1927, à la clinique Baudelocque, les indications cliniques furent les suivantes :

1° Phénomènes douloureux au niveau du fibrome ;

2° Augmentation rapide du volume du fibrome, sans accident ;

3° Troubles de compression ;

4° Tumeurs abdominales à diagnostic incertain ou erroné.

I. — *Phénomènes douloureux au niveau du fibrome*

Ces manifestations douloureuses sont très fréquentes au cours de la grossesse au niveau des fibromes subissant une altération pathologique, dues le

plus souvent à la nécrobiose et plus rarement à la torsion d'un fibrome pédiculé.

a) *La nécrobiose :*

Cette lésion, essentiellement aseptique, commandait cinq fois (obs. n° 24 (1921), 1.945 bis (1921), 697 (1924) 1.131 (1925), 2.581 (1927) — sur douze cas de myomectomies, par ses manifestations cliniques, l'intervention chirurgicale.

La nécrobiose paraît aujourd'hui d'une fréquence extrême, en comparaison de sa rareté apparente d'autrefois, mais elle semble due à une meilleure observation des cas cliniques et à une étude plus soignée des symptômes souvent peu caractéristiques.

Cet accident s'observe aussi bien dans des fibromes pédiculés à pédicule plus ou moins long (4 fois sur 5 de nos cas) que dans une tumeur sessile ou interstitielle.

La période d'apparition des manifestations morbides est variable suivant les cas. Dans les cinq observations de nécrobiose que nous trouvons à la clinique Baudelocque, cette complication s'est montrée trois fois au cours du troisième mois, deux fois au cours du quatrième mois de la gestation, mais elle peut s'observer aussi plus précocement et plus tard.

I. — Le début des manifestations douloureuses peut être brusque ou au contraire affecter une allure subaiguë.

Le début brusque, relevé dans deux de nos ob-

servations, se fait par une douleur aiguë qui est localisée au niveau de la tumeur. Elle s'accompagnait, dans nos observations, de pesanteur vésicale, de sensation de brûlure lors de la miction et de l'augmentation de la constipation habituelle. On n'observait pas à ce moment de modifications de l'état général ni de vomissements.

Le début subaigu s'est montré trois fois dans nos cinq cas de myomectomie pour nécrobiose. La douleur est d'une moindre acuité, mais elle est continue, sourde, sans crises paroxystiques. Ces phénomènes sont désespérants par leur persistance et amènent bientôt des modifications de l'état général.

II. — A la période d'état nous pouvons étudier :

La douleur, symptôme très important, qui fera par sa persistance sur un fibrome jusque-là silencieux soupçonner la nécrobiose. Elle est fixe, localisée au niveau du fibrome (dans deux cas de nos observations) ou s'accompagne d'irradiations (dans trois cas) dans des régions variables avec la situation de la tumeur et se faisant, soit dans les flancs ou dans les cuisses. On note en même temps de la pollakiurie (deux cas) et une constipation rebelle. Dans deux de nos observations, nous trouvons encore du météorisme abdominal.

L'état général est influencé par les produits toxiques charriés par le sang. La toxémie due à la nécrobiose provoque l'anémie des malades qui deviennent pâles, se fatiguent plus rapidement.

Enfin, la dyspnée peut, comme dans un de nos

cas, devenir véritablement un danger. Cet état (dyspnéique) n'était qu'en partie dû aux troubles de compression réalisés par un volumineux fibrome à évolution galopante (obs. n° 1.945 bis, 1921), mais plutôt à l'altération grave de l'état général qu'avait provoqué la nécrobiose coexistante. L'albuminurie qui peut apparaître au cours de la nécrobiose n'est notée dans aucune de nos observations. La température peut s'élever légèrement, d'une façon permanente, aux environs de 37°6, 37°8. Le pouls est continuellement un peu rapide à 90. L'élévation thermique bien que légère, doit être systématiquement recherchée, car elle a une grande valeur diagnostique.

Les signes physiques aident de beaucoup au diagnostic. Au toucher et au palper combinés, on trouve la tumeur augmentée de volume, après chaque crise douloureuse, ou au cours des examens successifs dans des cas à évolution subaiguë. La consistance de la tumeur est inégale et on peut, par places, avoir l'impression d'une fluctuation de la masse; souvent le myome sera sensible, au toucher et palper, ou même véritablement douloureux, mais nous n'avons pas toujours trouvé ce signe dans nos observations.

b) *La torsion du pédicule :*

C'est un accident moins fréquent que la nécrobiose. A la clinique Baudelocque, nous ne trouvons qu'un cas (observation 1.400, 1927) où la symptomatologie, par sa netteté, entraînait un diagnostic cer-

lain. Cette complication est propre aux fibromes pédiculés et surviendra d'autant plus facilement que le point d'implantation du pédicule est plus éloigné de la ligne médiane de l'utérus. Les fibromes se trouvent ainsi dans une situation labile, soit au niveau du fond de l'utérus, de ses bords latéraux ou enfin au niveau des cornes au voisinage des trompes (dans notre observation). Le changement du volume des viscères abdominaux et les contractions musculaires de la paroi abdominale au moment de l'effort sont les causes occasionnelles de la réalisation de cette complication.

Le début des accidents peut être brutal, cas où la torsion s'effectue avec rapidité ou d'une évolution plus lente.

1^o Dans le cas de torsion brusque, les accidents sont très proches dans leur symptomatologie, de ceux d'une rupture de grossesse ectopique, du début d'une appendicite ou enfin d'une torsion de kyste de l'ovaire. Les erreurs de diagnostic sont donc possibles et nous en relevons une dans nos observations où la symptomatologie faisait faire le diagnostic erroné de torsion d'un kyste de l'ovaire (obs. n^o 1424, 1927). La douleur est généralement « le signal symptôme ». Elle est très vive (obs.), localisée ou irradiée, elle s'étend bientôt à tout l'abdomen. Au palper, on trouve une défense musculaire et de la douleur à la pression de la masse fibromateuse, qui est tendue et augmentée de volume. Les fibromes antérieurement

mobiles seront trouvés immobiles et accolés au côté de l'utérus.

L'évolution se fait rarement d'emblée au cours de la première crise vers la péritonite, car les accidents ont plutôt tendance à évoluer par crises répétées.

Les phénomènes graves du début cèdent alors sous l'influence du traitement médical et il ne reste bientôt de cet état alarmant qu'un endolorissement sourd qui fixe l'attention de la malade sur la région qui est le siège du fibrome, mais bientôt de nouvelles crises surviennent de plus en plus rapprochées et à un moment donné la douleur peut devenir continue. L'état général est touché à son tour, des nausées et des vomissements surviennent et l'intervention chirurgicale trouvera alors son indication dans la persistance de la douleur et dans l'altération de l'état général si elle avait été différée au moment de la première crise (obs.).

2° La torsion lente est d'une évolution moins caractéristique et elle ne pose l'indication opératoire que par la répétition et la persistance des accidents qui peuvent soudain changer d'allure et prendre l'aspect de la torsion aiguë et son évolution.

II. — *Augmentation rapide du volume du fibrome, sans accident*

L'accroissement rapide, progressif ou par poussées, du volume du myome a posé dans deux cas

observés à la clinique Baudelocque l'indication de la myomectomie.

Dans le premier cas (obs. n° 1.945 bis, 1921), l'augmentation rapide soulignée par des poussées d'accroissement, n'était qu'un des facteurs forçant à l'intervention, car la nécrobiose massive de la volumineuse tumeur causant une altération extrêmement grave de l'état général était bien plus importante à ce point de vue. Pour cette dernière raison, nous lui avons fait une place dans l'article sur la nécrobiose.

La seconde observation (obs. n° 215, 1926) a son intérêt dans son accroissement rapide, sans poussées ni crises douloureuses, ni troubles fonctionnels avec conservation d'un état général satisfaisant.

L'indication d'intervenir n'était donc commandée que par cette augmentation démesurée de la masse fibreuse, son évolution rapide, malgré qu'il n'y eût pas de troubles, ne semblait pas compatible avec la continuation normale de la gestation jusqu'à terme. Au moment de la myomectomie, on trouve un volumineux fibrome en état de dégénérescence aseptique.

III. — *Troubles de compression*

Ils sont surtout du ressort des fibromes à situation pelvienne dont les observations de la clinique Baudelocque relèvent un cas intéressant (obs. n° 583, 1922).

La symptomatologie clinique est essentiellement variable selon l'organe intéressé par la compression, souvent ce ne sont que des manifestations frustes inté-

ressant dans une proportion variable tous les organes pelviens qui ne posent généralement pas l'indication à intervenir.

Il en était ainsi pour les accidents intestinaux légers par compression, dont nous avons observé quelques cas, se manifestant par une constipation plus ou moins rebelle, mais les troubles ne sont jamais arrivés, dans aucune de nos observations, à une gravité telle que l'intervention chirurgicale dut en découler.

La compression veineuse et les douleurs névralgiques, bien que fréquemment mentionnées dans nos observations, ne furent jamais seules à la base de l'indication d'intervention chirurgicale, mais constituaient plutôt des troubles accessoires.

Bien plus graves furent les troubles de compression de l'appareil urinaire inférieur, se manifestant dans notre cas (obs. n° 583, 1922) par de la rétention d'urine.

La rétention d'urine est rarement un accident à début brusque, mais plutôt à évolution progressive, précédé de pollakiurie, de mictions douloureuses et la rétention ne s'installe généralement qu'à la suite de ces complications d'allure bénigne.

La cause de la rétention est très rarement un fibrome de la paroi antérieure du segment inférieur. Dans la plus grande majorité des cas, c'est un fibrome postérieur qui provoque cette complication par un mécanisme différent selon l'origine du fibrome en cause. Si celui-ci s'est développé dans le segment infé-

rieur, il s'enclavera en s'hypertrophiant dans la concavité du sacrum et l'utérus continuera son évolution aux dépens de la paroi antérieure ; ce qui amène des modifications importantes (par étirement) dans les rapports des parois du sphincter de l'urèthre, causes efficientes de la rétention.

L'autre variété de myome pouvant créer la rétention d'urine est un fibrome pédiculé dont la base s'insère sur le corps utérin (notre cas). Il déterminera la rétention par refoulement et aplatissement de l'urèthre, contre le pubis.

L'intervention faite précocement a empêché la stagnation de l'urine et la dilatation des voies excrétrices, cause si fréquente d'infection urinaire.

IV. — *Tumeurs abdominales à diagnostic incertain ou erroné*

Dans quatre cas semblables de nos observations, nous relevons :

Deux fois un diagnostic incertain ;

Deux fois un diagnostic erroné.

a) *Diagnostic incertain :*

Dans le premier cas (obs. n° 1,240, 1925), l'examen clinique était provoqué par l'altération de l'état général de la malade (céphalée, malaises, amaigrissement), sans qu'on ait noté le moindre trouble fonctionnel. L'examen obstétrical, par le toucher ou le palper, démontre l'existence d'une masse fibreuse semblant indépendante de l'utérus. Le diagnostic hésite entre kyste de l'ovaire et fibrome pédiculé.

Dans le second cas (obs. n° 1.453, 1927), on s'est trouvé en présence d'une femme dont les antécédents obstétricaux comprennent deux accouchements prématurés avec enfants non viables. On ne note aucun signe fonctionnel. L'examen local pratiqué au cours du deuxième mois de la gestation, laisse le diagnostic hésitant entre : tumeur solide de l'ovaire, fibrome et utérus double fibromateux.

b) Diagnostic erroné :

Pour la première des malades (obs. n° 1.248, 1923) les signes locaux : indépendance de la masse et de l'utérus, et l'absence de douleur à la palpation orientent le diagnostic vers le kyste de l'ovaire.

La seconde observation (obs. n° 1.424, 1927) est déjà mentionnée dans l'article sur la torsion du pédicule. La douleur brusque, peu aiguë tout d'abord, mais augmentant dans la suite, et l'examen local démontrant une masse dans le Douglas, semblant indépendante de l'utérus, firent poser le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, que l'intervention démontra être un fibrome pédiculé enclavé.

II. — TECHNIQUE

L'intervention au cours de la gestation n'est donc jamais pratiquée systématiquement, mais subordonnée à une des indications citées. Celles-ci commandent une laparotomie faite avec l'idée arrêtée de procéder à une myomectomie, si la chose est possible.

1° Au cours de l'intervention, nous relevons :

Trois cas de fibromes non pédiculés ;

Neuf cas de fibromes à pédicule plus ou moins long.

2° Dans l'ensemble, la myomectomie a été faite :

a) Facilement dans dix cas, sans aucune complication au cours de l'intervention, simple section du pédicule ou énucléation facile, suivie de capitonnage avec une hémostase parfaite ;

b) La myomectomie a été difficile dans deux cas (obs. n° 215, 1926 et 1.131, 1925), l'énucléation laissa une plaie vaste, d'une hémostase difficile et la myomectomie amena (dans les deux cas) au voisinage de l'œuf, dont on n'était séparé que par une mince couche de tissu utérin.

III. — RÉSULTATS

I. — Morbidité et mortalité

a) Morbidité :

En consultant les observations des myomectomies pratiquées à la clinique Baudelocque, on ne relève qu'un cas de phlébite (obs. n° 583, 1922), qui fut suivi d'un œdème persistant durant toute la gestation ; dans les autres cas (excepté le cas de mort), on ne trouve rien d'anormal dans les suites opératoires.

b) Mortalité :

Sur les douze myomectomies pratiquées, nous trouvons un cas se terminant par la mort de la femme dans les suites opératoires (obs. n° 1.945 bis, 1921).

Il s'agissait d'un cas particulièrement grave de fibrome à évolution galopante. Poussées d'accroisse-

ment, altération grave de l'état général et douleurs diffuses dans tout l'abdomen, telles étaient les manifestations qui commandèrent l'intervention chez cette femme de 35 ans.

La mort survient trente-six heures après l'intervention (myomectomie conservatrice pratiquée sous anesthésie au chloroforme).

La nécropsie relève des lésions d'atrophie aiguë du foie, probablement dues à l'aggravation par l'intoxication chloroformique de troubles hépathiques pré-existants causés par la toxémie et l'altération grave de l'état général de la malade liées à la nécrobiosé du fibro-myome.

II. — *Evolution de la gestation*

Dans les trois ou quatre premiers jours des suites opératoires, nous employons systématiquement la morphine, aussi ne relevons-nous aucun cas d'avortement consécutif à l'intervention. Sur douze cas, onze femmes quittent la clinique en parfait état.

Chez une femme (obs. n° 1.424, 1927), après une myomectomie faite au cours du troisième mois de sa gestation, à suites opératoires normales, l'avortement tardif survient au cours du cinquième mois. Sa cause ne nous semble pas être sous la dépendance de la myomectomie.

III. — *La marche du travail*

En défalquant le cas de mort dans les suites opératoires et celui où l'avortement s'est fait deux mois

après l'intervention, nous voyons dix fois sur douze cas de myomectomies l'évolution de la gestation se poursuivre jusqu'à terme.

Nous y ajouterons quatre cas de myomectomies faites en dehors de la clinique (observations annexées n^{os} 476 (1923), 1.005 (1923), 2.162 (1925), 83 (1927), dans lesquels l'accouchement s'est fait à la clinique Baudelocque et deux cas de myomectomies faites avant la gestation (dont un à la clinique (obs. n^o 586, (1927), l'autre hors de la clinique (obs. n^o 1.668 (1922).

Sur le total de seize cas de myomectomie, nous trouvons :

Douze fois l'accouchement spontané,

Quatre fois l'accouchement terminé par le forceps.

La mortalité infantile a été nulle.

Ces cas d'accouchements, après la myomectomie conservatrice, démontrent qu'au moment de la parturition, on n'a pas à craindre la rupture utérine au niveau de la cicatrice opératoire. Cette cicatrice est pratiquement plus solide que celle d'une opération césarienne, car l'incision de la myomectomie est généralement plus courte et de plus elle porte sur un tissu utérin plein de vitalité qui réalise une réparation très solide et résistante de la plaie.

Si l'on avait des doutes sur la solidité de la cicatrice, on pourrait, le cas échéant, terminer l'accouchement par l'application du forceps à dilatation complète (obs. n^o 583, 1922).

Cependant la surveillance médicale de ces femmes s'impose dans le dernier mois de la gestation et pendant l'accouchement.

De l'étude de nos observations, il se dégage :

Qu'au cours de la gestation, dans un utérus porteur de fibrome, l'intervention par la myomectomie ne doit jamais être systématique, mais subordonnée aux indications cliniques tirées des accidents compromettant la santé de la femme et l'évolution de la grossesse.

Que l'indication primordiale est toujours de faire une laparotomie avec l'idée *a priori* de faire une myomectomie si elle est facilement réalisable.

Que la myomectomie pratiquée dans ces conditions donnera dans la majorité des cas un résultat favorable : par la mère, pour l'évolution de la gestation et la marche de l'accouchement.

MYOMECTONIES PRATIQUES A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

OBSERVATION N° 583 (1922)

Myomectomie au cours du 4° mois de la gestation chez une primipare de 28 ans. Ablation d'un fibrome volumineux du Douglas, à pédicule légèrement tordu avec signes de rétention d'urine. Accouchement à terme par application de forceps en D. T.

Résumé de l'observation :

Malade sans antécédents héréditaires et pathologiques notables, arrive au cours du 4° mois de sa gestation à la clinique Baudellocque, avec un utérus dont le fond avoisine l'ombilic.

Signes de rétention d'urine.

Au toucher on trouve : un col très antérieur, remonté au-dessus de la symphyse pubienne. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse dure, régulière et immobile ayant le volume d'un gros poing environ.

A l'auscultation on entend vaguement les bruits du cœur fœtal.

16 décembre 1921. Laparatomie. On enlève facilement un fibrome à pédicule légèrement tordu.

Dans les suites opératoires on relève une phlébite de la jambe gauche, qui fut suivie d'un œdème et de douleurs persistantes durant toute l'évolution de la gestation. La grossesse elle-même évolue sans incidents.

Le 17 avril 1922, la femme entre à la clinique au terme de sa grossesse. Rupture prématurée des membranes. Dilatation complète après 24 heures de travail. On décide alors l'application de forceps en D. T. en raison du peu d'effet des poussées expul-sives de la femme et de la cicatrice récente de la laparotomie.

L'enfant qu'on extrait facilement est vivant et pèse 3.460 grammes.

La délivrance est naturelle 1 heure après. Placenta : 550 grammes.

Les suites ont été parfaites.

OBSERVATION N° 24 (1921)

Myomectomie au cours du 3^e mois de la gestation chez une primipare de 27 ans. Myome douloureux en état de nécrobiose. Continuation de la gestation.

Cette primipare de 27 ans entre à la clinique Baudelocque le 3 février 1921.

Réglée à 14 ans, d'une durée normale, mais irrégulières (avances ou retards) ; les règles sont précédées de douleurs.. Dans leur intervalle on note des pertes jaunâtres assez abondantes.

D. R. du 17-21 novembre 1920.

Au début de la gestation on note des vomissements et de la céphalée, puis 15 jours après les dernières règles, la malade commence à se plaindre de douleurs continuelles sourdes au niveau de la fosse iliaque droite et dans le flanc du même côté. Il y avait du ballonnement du ventre.

Peu à peu la malade voit survenir une masse globuleuse dans la fosse iliaque droite. Cette masse croît assez rapidement et les douleurs irradient de de la fosse iliaque dans la cuisse droite. Il existe en même temps une douleur et pesanteur intra-abdominale qui disparaissent quand la femme se couche sur le côté gauche.

Vers le 30 janvier 1921, la malade consulte un médecin qui pose le diagnostic de grossesse compliquée de fibrome, et l'adresse à la clinique Baudelocque.

Le 16 février 1921 : laparatomie (anesthésie au chloroforme).

On enlève aisément un fibrome implanté par un pédicule large sur la corne droite, du volume d'une grosse orange ; on suture l'utérus (qui a été extériorisé) par des points séparés au catgut puis surjet séro-séreux. Hémostase bonne.

Suture de la paroi abdominale,

Morphine pendant 4 jours.

La femme sort le 12 mars 1921, guérie.

OBSERVATION N° 1945 bis (1921).

Myomectomie au cours du 3^e mois 1/2 de la gestation chez une primipare de 35 ans, pour un très gros fibrome pédiculé à évolution galopante en voie de nécrobiose aseptique. Mort de la femme 36 heures après l'intervention.

Réglée depuis sa 12^e année, régulièrement jusqu'à 18 ans, quand les règles deviennent irrégulières avec des retards de 6 à 10 jours, d'une durée plus prolongée et d'une grande abondance. Métrite il y a 3 ans.

D. R. du 22-26 août 1921.

Vers la fin du mois de septembre la malade perçoit une « grosse boule » dans son abdomen, remontant vers l'ombilic. Elle vomit peu souvent, mais elle commence à maigrir, son abdomen est douloureux. On note encore de la céphalée et de l'épistaxis.

Novembre 1921. Poussée d'accroissement de la tumeur. Douleurs sourdes des reins et abdominales. La sensation d'étouffement est de plus en plus pénible. Congestion de la base du poumon gauche. La malade entre à la clinique Baudelocque.

9 novembre 1921 : On trouve à l'examen par le palper : une paroi abdominale très adipeuse, sous laquelle vient de faire saillie une masse dure, du volume d'une tête de fœtus à terme, dépassant

l'ombilic. Cette masse est plus développée du côté droit, elle est mobile.

Au toucher : col petit, conique. L'utérus gravide est rejeté à gauche et en arrière.

Les urines sont normales. T. A. : 8-11 (Pâchon).

Du 11-16 novembre : nouvelles crises douloureuses qui empêchent le sommeil. Augmentation nette de la masse à chaque poussée, dont la limite supérieure est maintenant à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Douleurs irradiées des deux côtés. Pas de température. Glace sur le ventre.

26 novembre 1921 : Laparotomie (anesthésie au chloroforme). Ablation d'un fibrome sphéroïde du volume d'une grosse tête d'enfant de deux ans, implanté par un pédicule très large vers le fond de l'utérus. Hémostase soigneuse. Fermeture de la paroi abdominale.

L'examen de la pièce démontre : zones de dégénérescence couleur lie de vin, histologiquement infiltration sanguine sans déchirure vasculaire et tissu colloïde d'aspect lacunaire.

Suites opératoires : 27 novembre. Etat syncope avec pouls imperceptible. Battements cardiaques 120, respiration entrecoupée, ventre souple, extrémités froides.

28 novembre (à 0 h. 30), agitation, subdélire, respiration de Cheyne-Stokes. Le coma survient à 3 heures (28 novembre) avec une température 38°2. Volume d'urines depuis l'intervention 50 c.c. Au-

topsie : pas d'infection ni hémorragie, mais lésions d'atrophie aiguë du foie.

OBSERVATION N° 1248 (1923)

Myomectomie au cours du deuxième mois de la gestation chez une primipare de 24 ans. Fibrome pédiculé de la corne droite diagnostiqué : kyste de l'ovaire. Accouchement spontané à terme. Gros enfant.

Cette primipare de 24 ans entre à la clinique Baudelocque le 12 février 1923, parce qu'elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Sans troubles fonctionnels.

Réglée à 13 ans, régulièrement durant 8 jours.

D. R. du 9 au 18 décembre 1922.

Le 12 février 1923, à l'entrée dans le service on trouve :

A la palpation : un abdomen modérément tendu et on délimite une tumeur de forme allongée à grand axe parallèle au pli de l'aîne droite, de consistance dure, mobile et peu douloureuse.

Au toucher et palper combinés, on trouve l'utérus augmenté de volume, surtout dans le sens transversal et antéfléchi. La masse mobilisable se perd en bas vers la fosse iliaque droite.

La masse étant peu douloureuse et semblant indépendante de l'utérus, on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire droit et début de gestation.

Aux examens ultérieurs, la masse semble plus

basse et plus consistante. Le col un peu mou. Il n'y a pas de trouble à noter ni de température.

22 février : Laparatomie.

L'utérus est gros d'environ 2 mois. La masse diagnostiquée kyste de l'ovaire est un fibrome pédiculé, très mobile du volume d'un petit poing, de rénitence molle, inséré sur la corne droite par un pédicule long de 1 cm. environ. Section du pédicule. On pince les vaisseaux qui apparaissent sur la tranche utérine. Ligatures et sutures. Sujet péritonéal sur la base ainsi suturée.

Fermeture de la paroi abdominale.

Morphine dans les quatre jours de suites opératoires : sortie en bon état.

Le 19 septembre 1923, la femme revient dans le service, déjà en travail. Présentation céphalique, rupture spontanée et tempestive des membranes. Expulsion spontanée, après un travail de 12 heures, d'un enfant vivant du poids de 4 kilogrammes.

Délivrance naturelle : 1 heure après.

Suites de couche normales.

OBSERVATION N° 697 (1924)

Myomectomie au cours du troisième mois de la gestation chez une primipare de 26 ans, pour crises douloureuses répétées et tumeur douloureuse à la palpation; nécrobiose, accouchement spontané à terme.

Réglée à 13 ans, d'abondance moyenne, durant 4-5 jours.

D. R. du 5-10 août 1923.

Au début du mois d'octobre 1923, la malade constate l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite qui gêne sans être véritablement douloureuse.

15 octobre 1923. — Première crise douloureuse, localisée dans la fosse iliaque droite et région lombaire. Il existe une légère cuisson à la miction et un peu d'augmentation de la constipation habituelle. La crise dure une journée, puis il ne persiste qu'une sensation de pesanteur permanente, une gêne dans les régions auparavant douloureuses. La persistance de ces phénomènes (gêne, pollakiurie, etc...) et leur accentuation lente et progressive forcent la femme à garder le lit.

22 novembre 1923. — La malade entre à la clinique Baudelocque où à l'examen on trouve deux masses abdominales. L'une à droite, dure, de consistance fibromateuse; l'autre à gauche paraît être l'utérus gravide, rétrofléchi, susceptible de réduction partielle du volume d'un utérus gravide de 3 mois environ. Au toucher, le col hautement situé, est difficilement atteint.

26 novembre 1923. — Nouvelle crise douloureuse. La palpation de la fosse iliaque droite et de la région lombaire est douloureuse. L'utérus est moins rétrofléchi. Température et pouls normaux.

1^{er} décembre 1923. — Laparotomie. La vue tombe sur une masse fibromateuse de la paroi antéro-latérale droite du segment inférieur de l'utérus.

La masse n'est pas pédiculée. Son volume est celui d'un poing ; elle descend bas sur l'isthme. Uterus gravide de 3 à 4 mois. Incision de 7-8 cm. sur la tumeur qu'on enlève facilement par énucléation. Capitonage de sa loge au catgut. Fermeture de la paroi abdominale.

L'examen de la pièce montre microscopiquement un fibrome en voie de dégénérescence rouge.

Suites opératoires sans incident.

15 mai 1924. — Rupture précoce des membranes. Présentation céphalique. Expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3.820 grammes.

Délivrance naturelle, 1 heure après.

Suites normales.

OBSERVATION N° 1131 (1925)

Myomectomie au cours du quatrième mois de la gestation chez une primipare de 28 ans. Crises douloureuses. Nécrobiose aseptique. Accouchement spontané à terme.

Régulé à 14 ans, douloureuses, d'une durée de 5 à 6 jours.

D. R. du 27 septembre au 2 octobre 1924.

Vers le 15 décembre 1924, la femme fait une première crise douloureuse dans le bas-ventre et la région lombaire droite avec sensation de pesanteur dans la région vésicale et pollakiurie. Peu après, elle voit survenir « une grosseur » dans la fosse iliaque droite. L'augmentation de volume de cette masse,

la pollakiurie et les douleurs persistantes locales et irradiées (dans le membre inférieur droit) font entrer la malade vers la fin du mois de janvier 1925 à la clinique.

28 janvier 1925. — On trouve à l'examen par le palper, deux tumeurs dans le bas ventre. L'une médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; c'est l'utérus gravide. L'autre latérale droite remontant un peu moins haut, est d'une consistance très ferme, de la grosseur d'une orange et mobilisable sur l'utérus, paraissant attachée à l'utérus par un pédicule. Pas de douleur à la palpation. Un autre petit fibrome se trouve sur la corne gauche; enfin une troisième petite masse dans la région annexielle gauche qui est sensible à la palpation. Au toucher, col mou.

Température 37° 6, pouls à 84, état général bon, urines normales.

31 janvier 1925. — Laparotomie. Utérus gros comme à 4 mois environ. La masse fibreuse est implantée par un pédicule large de petite paume de main, de la hauteur de 1/2 cm. sur la région inférieure de la corne droite. Cette masse est du volume d'une grosse orange. L'énucléation est facile, mais entraînant une hémorragie assez abondante et amène au voisinage immédiat de l'œuf dont on n'est séparé que par une très mince couche de myomètre. Suture de la brèche en bonne hémostase et fermeture de la paroi abdominale.

Morphine dans les suites opératoires. Sortie en bon état.

6 juillet 1925. — La femme revient à la clinique, déjà en travail. Rupture précoce des membranes. Expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3.760 grammes.

Délivrance naturelle, suites de couche normales.

OBSERVATION N° 1240 (1925)

Myomectomie au cours du troisième mois de la gestation, chez une Hpare de 32 ans. Diagnostic incertain. Accouchement spontané à terme.

Cette Hpare de 32 ans, dont la mère aurait un fibrome utérin, est réglée à 12 ans, régulièrement, d'une durée de 2 jours.

La première gestation se termina par un avortement à 3 mois en 1913.

Histoire de sa deuxième gestation actuelle.

D. R. du 10-12 octobre 1924.

Depuis son mariage, il y a 3 ans, cette femme souffre de céphalée et de malaises. Cet état va en s'aggravant depuis le début de sa gestation. Elle maigrit sans présenter de troubles fonctionnels.

Le 27 janvier 1925, on trouve à l'examen obstétrical pratiqué à la clinique Baudelocque : un utérus fibromateux du volume d'une gestation de 3 mois environ. Dans l'hypochondre droit, une masse de la grosseur d'une tête de fœtus. Elle est

mobile et paraît séparée de l'utérus. Au toucher, la masse semble continuer l'utérus. Diagnostic : kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé de l'utérus en gestation de 3 mois environ.

30 janvier 1925. — Laparotomie. Ablation facile d'un fibrome, à pédicule large, de la corne droite.

Suites opératoires bonnes.

22 juillet. — Rupture prématurée des membranes.

24 juillet. — Après 8 heures 15 de travail, l'expulsion de l'enfant est spontanée.

L'enfant est vivant et pèse 2.800 grammes.

Délivrance naturelle 1 heure après.

Suites de couche apyrétiques.

OBSERVATION N° 215 (1926)

Ablation d'un gros fibrome sessile, au cours du cinquième mois de la gestation, chez une primipare de 32 ans. Fibrome en état de dégénérescence ne causant aucun accident, forceps à terme.

Réglée à 15 ans, régulièrement, mais très peu abondantes, ne durant guère que 24 heures, jamais de douleurs, ni de métrorragies.

D. R. du 2 mai 1925.

C'est par hasard, la femme allant consulter pour sa gestation, que l'on constate la présence d'une masse abdominale anormale.

Le 26 octobre elle entre à la clinique Baudelocque. Au palper on trouve une grosse masse abdominale qui est bilobée. La partie gauche est l'utérus facilement reconnu (consistance, parties fœtales) dont le fond remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Flanquant l'utérus du côté droit, il existe une masse qui ne paraît pas séparée de lui, mais elle a une consistance ferme et égale. Elle occupe toute la moitié droite de l'abdomen, de la crête iliaque au rebord costal, séparée en haut par une zone de sonorité, de la matité hépatique, B.D.C. non perçus.

Au toucher un col mou, peu dévié, ballottement vaginal céphalique. Les mouvements de la tumeur sont transmis au col.

Température $37^{\circ}2$, urines normales.

Le 27 octobre 1925 : Laparotomie (anesthésie à l'éther) utérus de 5 mois environ. La masse droite, dure et arrondie fait corps avec l'utérus, ayant le volume d'une tête de fœtus de 4 à 6 mois, s'implantant sans pédicule net sur le bord latéral droit sur le versant postérieur de la corne droite et du segment inférieur. On extériorise la tumeur avec l'utérus. Dissection d'une collerette au niveau de l'implantation, puis énucléation progressive de la masse fibreuse qui laisse une base large comme une grande paume de main, ayant comme fond une mince couche de myomètre. La suture des lèvres de la colerette réalise une bonne hémostase.

Fermeture de la paroi abdominale et morphine dans les suites opératoires qui sont bonnes.

Morphine dans les 4 jours de suites opératoires.

6 juin 1927 : Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.080 gr. Délivrance naturelle.

Suites de couche apyrétiques.

OBSERVATION N° 2581 (1927)

Myomectomie au cours du 4^e mois de la gestation chez une primipare de 31 ans, pour fibrome douloureux à évolution rapide en état de nécrobiose. Accouchement spontané à terme.

Réglée à 13 ans, règles abondantes, indolores, d'une durée de 8 jours.

D. R. du 20-25 février 1927. La malade a des douleurs dès le début de la gestation, caractérisées par des points douloureux au niveau de l'hypocondre gauche. Elle continue à vaquer à ses occupations. Mais bientôt une douleur continue, sans paroxysmes, ni élévation de température s'étend à tout l'abdomen. Elle n'a pas de pertes de sang.

Au début du mois de juin 1927, la malade se présente à la consultation pour des douleurs persistantes.

Au palper, on note une masse arrondie, dure, du volume d'une tête de fœtus à terme, dont la limite supérieure est 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à gauche. Son pôle inférieur exploré par le toucher est contigu au bord gauche de l'utérus qui est repoussé à droite. Le col est en situation médiane.

23 juin 1927 : La femme couchée depuis 5 jours continue à souffrir, le volume de la tumeur a augmenté, température 37°5 et pouls à 88.

28 juin 1927 : Laparotomie, utérus gros comme à 3 mois 1/2-4 mois. Il apparaît un fibrome au niveau de l'insertion du ligament rond, de la grosseur d'une tête d'enfant à 7 mois. L'insertion se fait par un pédicule très court sur la région antérieure de la corne gauche. Enucléation facile, capitonnage au catgut, fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires sans troubles.

27 novembre 1927 : Accouchement spontané d'un enfant de 2.600 gr.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION N° 1424 (1927)

Myomectomie au cours du 3^e mois de la gestation chez une primipare de 28 ans, pour crises douloureuses. Erreur de diagnostic. Avortement au 5^e mois.

Cette primipare de 28 ans, née prématurément est réglée à 12 ans. Règles toujours régulières.

D. R. du 27-31 décembre 1926.

Le 14 avril 1927, la femme est prise dans l'après-midi au cours de son travail, d'une douleur brusque et persistante dans le côté droit du bas-ventre. La douleur n'étant pas très marquée la malade continue à travailler.

Du 14 au 15 avril, dans la nuit la douleur aug-

mente d'intensité et se propage à tout le bas ventre avec des élancements dans le rectum, sans troubles vésicaux. Il n'y a pas de vomissements ni de température.

Le 15 avril la douleur cède sous l'influence du repos au lit et de la glace.

Le médecin traitant appelle le D^r P. en consultation le 18 avril qui constate alors une masse remplissant le Douglas.

Diagnostic : torsion d'un kyste de l'ovaire.

Le 23 avril : Laparotomie. On enlève facilement un myome pédiculé, enclavé dans le Douglas.

Suites opératoires parfaites, la gestation semblant évoluer normalement.

Le 9 juin 1927 : Au soir, sans raison apparente, la femme qui sentait remuer commence à perdre du sang et avoir des coliques. On la transporte d'urgence à la clinique Baudelocque où la femme déclare ne plus percevoir de mouvements actifs depuis 2 jours. A l'entrée on trouve au toucher le col en voie d'effacement.

Le 11 juin 1927 : Expulsion d'un fœtus du sexe féminin, mort récemment, pesant 490 gr., 2 heures après délivrance naturelle.

Les suites d'avortement ont été bonnes.

OBSERVATION N° 1453 (1927)

Hémihystérectomie (fibromateux) au cours du 2° mois de la gestation chez une multipare de 29 ans, accouchement spontané à terme.

La femme est réglée à 13 ans, régulièrement, d'une durée de 4 à 5 jours, accompagnées de douleurs. Elle n'a jamais eu de métrorragies.

Première gestation en 1921, accouchement prématuré à 7 mois; l'enfant a vécu 1 mois.

Deuxième gestation en 1925 au cours de son évolution on parle de fibrome possible.

Vers le 7° mois expulsion prématurée d'un enfant succombant dans 24 heures.

Troisième gestation actuelle.

D. R. du 22-27 septembre 1926. Cette femme vient consulter à la clinique Baudelocque parce qu'elle n'a pas menée jusqu'au terme les deux grossesses précédentes.

Le 2 novembre 1926 : On trouve à l'examen obstétrical : 1) une masse en latéro-version gauche (utérus); 2) une autre à droite grosse comme une mandarine, très dure, semblant descendre dans la base du ligament large droit. Le col utérin est en situation médiane.

Le diagnostic est incertain, mais après des hypothèses comme : fibromé intra-ligamentaire, tumeur solide de l'ovaire on s'incline vers la possibilité d'un utérus double fibromateux.

La température est en légère oscillation entre 37°4-37°8.

Le 7 décembre 1926 : Laparotomie (anesthésie à l'éther), on trouve une masse bilobée, symétrique, dont la moitié gauche est l'utérus gravide, la moitié droite est irrégulière, dure et semée de noyaux fibromateux. Les deux masses s'unissent au niveau de l'isthme. On fait une hémihystérectomie droite sans incident au cours de l'intervention.

Suture de la paroi abdominale et morphine dans les suites opératoires qui ont été parfaites.

Le 14 juin 1927 : Accouchement spontané très rapide d'un enfant vivant et normalement constitué du poids de 2.790 gr.

Délivrance naturelle 45 minutes après.

Suites apyrétiques.

MYOMECTOMIES FAITES EN DEHORS DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

OBSERVATION N° 476 (1923)

Myomectomie au cours du 3^e mois de la gestation chez une primipare de 29 ans — ablation d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé chez une femme présentant des troubles psychiques. Accouchement spontané à terme à la clinique Baudellocque.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Première gestation en 1915. Accouchement au 8^e mois. Enfant actuellement vivant. Peu après des troubles psychiques s'installent, caractérisés par des phobies.

Deuxième gestation actuelle (résumé). D. R. du 2-5 juillet 1922.

Au début du mois de novembre 1922, la femme accuse des douleurs abdominales violentes. Un chirurgien l'examine alors et constate une tumeur abdominale. Les crises douloureuses réapparaissent puis disparaissent dans un intervalle variable. Le chirurgien consulté conseille l'intervention surtout pour

l'inquiétude présentée par la malade (troubles psychiques).

Vers le milieu de novembre 1922 : Laparotomie (en dehors de la clinique), ablation d'un petit fibrome pédiculé sous-péritonéal mobile.

Phlébite dans les suites opératoires.

14 avril 1923 : La femme entre à la clinique Baudelocque, déjà en travail, accouchement spontané d'un enfant qui pèse 3.450 gr.

Délivrances et suites de couches sans incident.

OBSERVATION N° 1005 (1923)

Myomectomie au cours d'une ovariectomie gauche, au cours du 2^e mois de la grossesse. Accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque.

Cette primipare de 33 ans est réglée à 11 ans 1/2 — règles régulières et douloureuses.

Première gestation en 1910. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

En 1918 : Crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche. On la soigne alors pour salpingite et métrite. Absence complète des règles durant 1 an 1/2.

En 1922 : Les mêmes crises soignées de la même façon, règles irrégulières.

Deuxième gestation actuelle (résumé). D. R. du 23-27 octobre 1922. Peu après elle a des douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Au mois de décembre elle consulte à l'hôpital Saint-J..., où l'on conseille l'intervention chirurgicale pour douleurs et ovaire kystique.

Décembre 1922 : Laparotomie faite en dehors de la clinique Baudelocque. Ovariectomie gauche et ablation d'un petit fibrome pédiculé de la corne gauche de l'utérus. On trouve en même temps un utérus gravide de 2 mois environ.

Suites opératoires bonnes.

Le 29 juillet 1923, la femme entre au terme de sa gestation à la clinique Baudelocque, à dilatation complète on rompt artificiellement les membranes. Expulsion spontanée d'un enfant vivant qui pèse 2.650 gr. Délivrance naturelle.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION N° 2162 (1925)

Ablation d'un polype fibreux du col au cours du 2° mois de la gestation. Accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque.

Il s'agit d'une IV^e pare de 35 ans. Réglée à 13 ans, abondantes mais régulières — les 3 gestations antérieures sont allées jusqu'au terme. Des trois enfants un est mort de méningite à 2 ans 1/2.

Quatrième gestation actuelle (résumé).

D. R. du 4 mars 1925. Pertes blanches et métrorragies dès le début de la gestation. Ces métrorragies provoquèrent un examen gynécologique,

au deuxième mois de la grossesse à l'hôpital de la Charité où l'on trouve un polype du col.

Mai 1925 : Ablation facile du polype par voie vaginale à la suite de laquelle les métrorragies disparaissent et la grossesse suit son cours normal.

9 décembre 1925 : La femme entre à la clinique Baudelocque, au terme de sa gestation, travail rapide — enfant vivant du poids de 3.350 gr.

Délivrance et suites de couches sans incident.

OBSERVATION N° 83 (1927)

Myomectomie au cours du 3° mois de la gestation chez une Hpare de 31 ans pour manifestations douloureuses. Forceps à terme à la clinique Baudelocque.

Réglée à 11 ans 1/2, toujours régulièrement.

Première gestion en 1921, interrompue par un avortement du 3° mois, curettage pour des accidents hémorragiques.

Deuxième gestation actuelle (résumé) D. R. du 13-17 mars 1926.

Au mois de mai 1926, crises douloureuses à répétition dans le bas ventre. Les crises durent 2-3 jours, puis disparaissent et ne laissent qu'un endolorissement léger. On ne notait jamais de la fièvre ni de troubles urinaires mais il y existait une constipation tenace.

Le chirurgien consulté (Dr B.) pose le diagnos-

tic de grossesse compliquée de fibrome et décide l'intervention.

11 juin 1926 : Laparotomie. On trouve des adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. On fait l'énucléation d'un myome du volume d'une noix.

Suites opératoires sans incident.

10 janvier 1927, accouchement à la clinique Baudelocque ; le 11 janvier on fait la rupture artificielle des membranes à dilatation complète. La femme poussant peu, les contractions s'espaçant et en présence de signes de souffrance fœtale on fait une application du forceps en O. P. Extraction d'un enfant vivant de 3.700 gr.

Délivrance naturelle et suites de couches apyrétiques.

GROSSESSES APRES LA MYOMECTOMIE

OBSERVATION N° 1668 (1922)

Forceps à terme en D. P. pour douleurs subintrantes chez une primipare de 39 ans, ayant subi la radiothérapie pour fibrome, puis une myomectomie avant la gestation.

Cette primipare âgée a des antécédents gynécologiques intéressants. La femme, qui est réglée à 12 ans, toujours régulièrement, remarque depuis sa 34^e année l'augmentation progressive de ses époques menstruelles.

En juin 1919 leur durée atteignait ainsi 15 jours. Elle consulte alors à l'hôpital Broca, où on lui fait la radiothérapie (pour fibrome) durant 6 mois.

A la suite de cette thérapeutique il s'installe une aménorrhée durant 3 mois, puis les pertes menstruelles recommencent extrêmement abondantes.

En 1920, myomectomie par la voie abdominale, à l'hôpital Broca, après laquelle la femme a des règles de durée normale, mais avec des intervalles d'aménorrhée de 2 mois.

Sa première gestation actuelle, dont les der-

nières règles sont du 22-26 mars 1922, évolue d'une façon tout à fait normale sans pertes de sang, ni troubles fonctionnels.

Le 28 décembre 1922, elle entre au terme de sa grossesse à la clinique Baudelocque. Le travail débutant peu après son entrée, est rapide. Les membranes se rompent à dilatation complète. Présentation céphalique en D. P. Les douleurs subintrantes font décider l'application du forceps. L'occiput fait sa rotation en arrière, dégagement en OS. Enfant vivant de 3.400 gr.

Délivrance et suites de couches sans incident.

OBSERVATION N° 586 (1927)

Accouchement spontané à terme chez une Illpare de 33 ans présentant un utérus fibromateux et ayant subi une myomectomie au cours de sa 2° gestation.

Première gestation, avortement à 3 mois en 1923.

2° gestation, myomectomie au cours du 3° mois de la gestation, faite à la clinique Baudelocque (voir observation myomectomie pendant la gestation N° 1240, 1925), accouchement spontané à terme.

Troisième gestation actuelle, après une myomectomie antérieure.

D. R. du 17-19 avril 1926.

La gestation était mal supportée, elle fut troublée par des douleurs sciatiques gauches, de même

dans l'hypochondre gauche et au niveau de l'épigastre.

Le 27 janvier 1927, la femme entre au dortoir de la clinique. On trouve alors à *la palpation* : 2 noyaux fibromateux à la face antérieure de l'utérus (du volume d'une noisette et d'une noix) au voisinage de l'ombilic. Ils sont durs et indolores. Sur la corne gauche on note une masse plus diffuse qui est douloureuse spontanément et à la palpation. B.D.C. perçus et tête mobile. Au toucher col médian, pas de fibrome praevia.

Le 22 février 1927, les douleurs persistent mais la tête est en voie d'engagement.

Le 11 mars 1927, début du travail, rupture précoce des membranes. L'expulsion se fait spontanément en O.S. enfant vivant 3.770 gr.

Délivrance et suites de couches sans incident.

DEUXIEME PARTIE

INDICATIONS ET RESULTATS DE LA MYOMECTOMIE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

I. — INDICATIONS

Au chapitre sur les indications et les résultats de la myomectomie au cours de la gestation, nous voyions combien les interventions chirurgicales sont rares au cours de la grossesse, qui évolue dans la plus grande majorité des cas jusqu'au terme dans un utérus fibromateux.

Il se peut pourtant que des accidents, semblables à ceux que nous avons mentionnés, surviennent à une époque plus tardive passé le jalon du 6^e ou du 7^e mois. La temporisation doit être dans ces cas encore plus prolongée et l'intervention ne doit être déterminée que par des accidents réellement menaçants et persistants.

A la clinique Baudelocque la grossesse a évolué, sur 162 cas de fibromes compliqués de grossesses,

139 fois jusqu'au voisinage du terme ou jusqu'au terme sans incident notable.

Dans ces 139 cas l'accouchement s'est fait 117 fois par les voies naturelles. Dans les 22 autres cas l'opération césarienne a été commandée :

Dans 10 cas par des fibromes praevia.

Dans 12 cas par d'autres causes de dystocie.

Au cours de ces 22 interventions césariennes, les observations de la clinique Baudelocque relèvent 6 myomectomies pratiquées pour les indications suivantes : 1. Myomectomie pour fibrome praevia; 2. Myomectomie au cours d'une césarienne pour une indication indépendante du fibrome.

I. — FIBROME PRAEVIA

Le fibrome Praevia après avoir été passible d'un traitement purement obstétrical, consistant dans des manœuvres de forces comme le refoulement de la tumeur suivi de l'extraction de l'enfant par le forceps est entré aujourd'hui dans le domaine de la chirurgie obstétricale, car les résultats ont été nettement défavorables aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Aujourd'hui, la décision opératoire se fait le plus souvent, déjà à la fin de la grossesse ou au plus tard au début du travail, si l'on assiste à la non ascension de la tumeur praevia.

La décision opératoire une fois prise, l'intervention pourra être :

Une opération césarienne suivie de myomecto-

mie, c'était le cas dans une seule de nos observations (observation N° 287, 1926) elle semble être *a priori* l'opération idéale. Pourtant elle ne doit se faire que rarement et que pour des fibromes praevia pédiculés comme nous allons le voir ultérieurement.

Les observations de la clinique Baudelocque mentionnent 10 cas de fibromes praevia, traités comme il suit :

1 fois par césarienne conservatrice suivie de myomectomie (observation N° 287, 1926).

3 fois par césarienne conservatrice simple,

6 fois par césarienne suivie de l'hystérectomie.

Au point de vue d'indications de la myomectomie conservatrice au cours du travail on doit en effet distinguer 2 catégories de fibromes praevia.

L'une, représentée par les fibromes pédiculés, placés dans le Douglas, les seuls qu'on peut enlever facilement et sans danger.

Plus graves sont les fibromes développés dans le segment inférieur. Notre observation citée plus haut rentre dans cette catégorie et bien qu'étant le seul cas de myomectomie pour fibrome praevia, il peut montrer la gravité d'une telle intervention.

Les fibromes postérieurs qui restent si souvent praevia, sont en effet, difficilement accessibles au cours de l'intervention, car ils sont cachés au fond du Douglas. L'extériorisation de l'utérus et sa bascule en avant doivent être poussées à l'extrême pour donner du jour et l'opération laissera après elle une

large surface cruentée, d'une hémostase souvent difficile.

Cette myomectomie laborieuse avec ses incidents opératoires possibles laissera souvent un terrain propice à l'invasion microbienne qui se trouvera exaltée par l'atteinte fréquente, chez les porteurs de volumineux fibromes, de l'état général de la femme au cours de la gestation.

II. — *Myomectomie opération complémentaire au cours d'une césarienne pour une indication indépendante du fibrome.*

5 cas sur 6, de myomectomies conservatrices pratiquées au cours de l'accouchement à la clinique Baudelocque rentrent dans cette catégorie.

L'opération césarienne était, dans ces cas, conditionnée par d'autres causes de dystocie. La myomectomie complémentaire avant la fermeture de la paroi abdominale, une intervention quasi prophylactique pour laisser un utérus en meilleur état, en le débarrassant de quelques fibromes (non praevia) par une intervention simple et rapide.

Dans les 5 observations l'indication occasionnelle pour l'opération césarienne se posait comme suit :

1 fois sclérose du col (filhos) (Obs. N° 1345, 1923).

3 fois bassin rétréci (Obs. 889, 1924. 1016, 1924, 1216, 1926).

I. fois présentation transversale irréductible (malformation utérine) (Obs. 1067, 1925).

II. — TECHNIQUE

La myomectomie pour fibrome praevia pédiculé est une opération d'une exécution facile si des adhérences nombreuses ne s'y opposent pas.

La myomectomie pour les autres fibromes praevia, implantés par une base plus ou moins large sur le segment inférieur, à évolution vers le Douglas est une opération difficile, de longue durée et qui s'est montrée dans notre seul cas, déjà cité, d'une pratique dangereuse ; aussi préférons-nous l'hystérectomie dans ces conditions.

Plus indiquées et d'une exécution plus facile sont les myomectomies, que nous relevons dans 5 cas. La section d'un pédicule ou même l'énucléation, de ces myomes enlevés prophylactiquement, se fait aisément sur une paroi utérine rétractée facilitant de beaucoup l'énucléation et l'hémostase.

III. — RÉSULTATS

1° Morbidité :

Dans les 5 cas de myomectomies exécutées au cours d'une opération césarienne commandée par une dystocie non fibreuse, nous relevons dans 4 cas de légères oscillations thermiques durant quelques jours, puis l'évolution des suites de couches se fait dans des conditions normales. Le 5° cas a eu une suite opératoire apyrétique.

Dans les 4 cas accompagnés de légère élévation thermique, nous notons : un cas de lymphangite de la cuisse (Obs. N° 1346, 1923) et un cas (Obs. N° 889, 1924) compliqué d'abcès du sein.

2° *Mortalité* :

Les myomectomies pratiquées dans 5 cas, pour des causes secondes (dystocies non fibreuses), n'ont donné aucun cas de mort.

Dans le cas de myomectomie faite pour fibrome praevia (Obs. N° 287, 1926), l'intervention était suivie d'une ascension progressive de la température, atteignant le 9^e jour 40°. La réintervention pratiquée à ce moment sous anesthésie locale a démontré que les sutures de myomectomies étaient dans un état normal. On met un drain dans le Douglas, mais la septicémie continuant sa marche détermine la mort de la femme le jour suivant. La cause de la mort reste incertaine, la nécropsie n'ayant pu être faite.

L'hystérectomie pour fibrome praevia, pratiquée dans 6 cas a eu dans tous les cas des suites favorables.

Il en était de même dans les 3 cas de césarienne conservatrice pour fibrome praevia.

En résumé :

1° Au cours de l'accouchement, la myomectomie est une opération en concurrence avec l'hystérectomie ; celle-ci devra être le plus souvent exécutée de préférence à celle-là ;

2° Pour les fibromes praevia l'hystérectomie doit être préférée, sauf dans les cas favorables de

fibromes pédiculés logés dans le Douglas, dont l'ablation est souvent facile ;

3° La myomectomie est une opération favorable dont les suites sont le plus souvent parfaites si elle a été pratiquée sur des fibromes du corps de l'utérus.

MYOMECTOMIES PRATIQUES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

OBSERVATION N° 1345 (1923)

Opération césarienne conservatrice au début du travail pour sclérose du col, suivie de myomectomie.

Antécédents gynécologiques : réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Cette primipare de 38 ans est traitée il y a 18 ans pour métrite du col par des cautérisations répétées au Filhos, laissant un col très fermé et des époques menstruelles très douloureuses.

Evolution de la grossesse : D. R. du 2-6 janvier 1923. L'évolution de la gestation s'est faite sans aucun trouble.

Le 8 octobre elle entre dans le service : début du travail à 17 h. 30.

A l'examen on trouve une tête fixée, dos à gauche, B. D. C. perçus. Au toucher, le col est situé à un travers de doigt au-dessous de la symphyse et non dévié. Dilatation en cratère. L'orifice interne est dur, scléreux, tranchant, de la dimension d'une len-

tille. L'orifice externe de dimension d'un franc environ. Poche des eaux intacte.

On décide l'opération césarienne pour cette sclérose du col.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus puis incision, extraction d'un enfant vivant de 3.270 gr. Extraction du placenta. Fermeture de l'incision utérine au soie.

Enucléation facile de deux petits myomes de la face antérieure de l'utérus, puis d'un autre, du volume d'un œuf de pigeon, situé à la limite du corps et du segment inférieur de la face postérieure. On suture les zones incisées et on ferme la paroi abdominale sans drainage.

Dans les suites opératoires : lymphangite de la cuisse gauche et une température aux environs de 38° durant 4 jours.

Le 5 novembre, la femme quitte la clinique en bon état.

OBSERVATION N° 889 (1924)

Césarienne conservatrice au début du travail pour rétrécissement du bassin et tendance syncopale, suivie d'une myomectomie.

Cette primipare de 26 ans est réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Elle avait pendant toute son existence une tendance syncopale. H. Syphilis?

L'évolution de sa gestation. D. R. du 30 septembre 1923.

Le 24 février 1924, elle vient consulter à la clinique pour sa grossesse.

À la palpation on trouve, sous une paroi abdominale souple, au niveau de la région ombilicale, une masse mobile, de consistance dure, de la grosseur d'une tête fœtale. La masse semble plonger vers le bassin. L'utérus est au voisinage de l'utérus.

Au toucher : col petit, un peu mou, très hautement situé à droite derrière la symphyse pubienne. Le cul de sac postérieur est rempli d'une masse, d'une dureté ligneuse, le col est séparé d'elle par un sillon très net. Les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis au col. La masse n'est pas douloureuse.

31 janvier 1924 : Le col est moins élevé, la tumeur semble monter.

Du mois de février au mois de juin, la femme est traitée par une série de « néo » à cause des tendances syncopales persistantes.

Le 7 juin, elle entre au dortoir, H. U. — 32 cm. Tête en bas, élevée et mobile. B. D. C. perçus, au toucher on trouve la première vertèbre sacr. saillant à 10 cm. et le sacrum plat.

Le 21 juin 1924, opération césarienne pour rétrécissement du bassin et tendance syncopale. Laparotomie : extériorisation de l'utérus. Incision et extraction d'un enfant vivant de 3.370 gr. Extraction du placenta. On ferme l'utérus, puis on fait l'ablation d'un myome du volume d'un poing implanté par un pédicule large sur le bord gauche de

l'utérus : après l'ablation facile on suture la brèche et on ferme la paroi abdominale sans drainage.

Dans les suites nous relevons 2 abcès successifs du sein.

Sortie en bon état.

OBSERVATION N° 1016 (1924)

Opération césarienne conservatrice, au début du travail, pour rétrécissement du bassin suivie d'une myomectomie.

Cette primipare de 36 ans entre dans le service au terme de sa grossesse qui évoluait normalement.

14 juillet 1924, on trouve à l'examen : H. U. 36 cm. ; la tête au-dessus du détroit supérieur semble légèrement déborder. Le col ferme est long et les membranes intactes.

Le même jour, à 18-h. 30, douleurs fréquentes. Au toucher, le col se montre en voie d'effacement et les membranes intactes. Le promontoire accessible à 10 cm. Au palper la tête déborde manifestement et est déjetée à gauche.

Quatre heures plus tard on pratique l'opération césarienne pour rétrécissement du bassin. Laparotomie et extériorisation de l'utérus. On l'incise et extrait un enfant vivant de 3.250 gr., puis le placenta. Suture de l'incision utérine à la soie.

A la partie supérieure du corps utérin, près de l'incision césarienne, il existe un fibrome pédiculé

du volume d'une noix, ablation facile, suture du pédicule au catgut.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Légère élévation thermique dans les suites opératoires.

Le 4 août, la femme sort en bon état.

OBSERVATION N° 1067 (1925)

Césarienne conservatrice, 1 heure après la rupture des membranes pour présentation transversale irréductible (dans utérus malformé) suivie de myomectomie.

Il s'agit d'une Hpare de 28 ans qui a été réglée tard vers 17 ans, toujours régulièrement.

La première gestation s'est terminée par un avortement gemellaire au mois de mai 1921.

La deuxième gestation actuelle est troublée par de petites pertes sanguinolentes aux dates correspondantes aux époques menstruelles (au mois d'octobre, novembre et décembre), puis elle évolue normalement jusqu'au mois de juin.

Le 4 juin 1925 on fait, à la consultation de la clinique Baudelocque, une tentative de version par manœuvres externes pour une présentation du siège, sans succès. Peu après son départ, elle fait une hémorragie assez abondante accompagnée de coliques qui la font entrer d'urgence à la clinique.

Le 26 juin 1925, à 0 h. 20, rupture prématurée

des membranes, sans contractions douloureuses, fœtus en position transversale avec le siège dans la fosse iliaque droite et la tête dans l'hypochondre gauche. Cette présentation transversale est irréductible (malformation utérine⁹) La température est à 37°3.

En présence de cette situation : présentation oblique non mutable, la possibilité de placenta prævia (hémorragies antérieures) l'absence de dilatation ne permettant aucune action par la voie basse, l'opération césarienne conservatrice est indiquée puisque la poche des eaux vient de se rompre il y a peu de temps.

Intervention à 1 h. 15, incision sus et sous ombilicale, extériorisation de l'utérus qui est plus développé dans sa corne gauche. Incision de l'utérus qui saigne abondamment, extraction rapide de l'enfant vivant de 2.700 gr. et du placenta. On suture l'utérus qui se rétracte bien. Ablation d'un noyau fibromateux (du volume d'une noix) et capitonnage de sa poche, puis d'un deuxième (volume d'une noisette) et suture de sa loge par points en U. Les deux noyaux étaient sous-péritonéaux sur la face antérieure de l'utérus.

Suture de la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires sont parfaites.

OBSERVATION N° 287 (1926)

Césarienne conservatrice. au début du travail, pour fibrome praevia, suivie d'une double myomectomie, mort de la femme dans les suites opératoires.

Il s'agit d'une primipare de 35 ans, réglée à 17 ans 1/2, normalement durant 3-4 jours.

D. R. du 2 avril 1925. La grossesse évolue tout d'abord normalement jusqu'au mois d'août, quand elle consulta une sage-femme qui trouve une présentation anormale (?); peu de temps après la malade souffre de douleurs dans le côté droit du bas ventre, qui vont en augmentant et l'amènent à la consultation de la clinique Baudelocque.

Le 3 décembre 1925 on trouve à la consultation H. U. 27 cm. Une tumeur dans la région de la fosse iliaque droite du volume d'un œuf de poule. Au toucher : une seconde tumeur remplissant le Douglas. On pratique la version par manœuvres externes.

Le 23 janvier 1926 : La femme entre au dortoir H. U. 34 cm., tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher le col se trouve rejeté en avant et derrière lui se place une masse lisse, régulière, non douloureuse ni mobilisable. Cette masse qui remplit tout la concavité du sacrum et descend très bas jusqu'au plancher pelvien est un fibrome praevia.

Le 9 février 1926 à 24 heures : début du travail.

Le 10 février à 9 heures du matin, on constate

que la tête tend à fuir dans la fosse iliaque droite. Les contractions sont bonnes. Au toucher on trouve le col peu modifié et le Douglas encore comblé par la tumeur.

Opération césarienne (anesthésie à l'éther) après la laparotomie sus et sous ombilicale on extériorise l'utérus. Incision et extraction d'un enfant vivant de 3.450 gr. et du placenta. Suture de l'utérus. Ablation facile d'une tumeur fibreuse pédiculée de la face antérieure (du volume d'une orange) mais l'excision est difficile pour le fibrome praevia à situation profonde et sessile sur la face postérieure du segment inférieur (du volume d'un poing) capitonnage au catgut des deux brèches. puis surjet péritonéal. Appendicectomie.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Le 14 février, température à 39°9, pouls 130, pas de réaction péritonéale. Utérus gros, un peu douloureux, lochies fétides.

Le 19 février : température à 40°, pouls filant, état comateux, léger signe de réaction péritonéale. Réintervention sous anesthésie locale. Rien d'anormal dans les sutures. On draine le Douglas.

Le 20 février, malgré les hautes doses de sérum anti-streptococcique la septicémie détermine l'exitus en hyperthermie 41°5, pouls 156.

La nécropsie fut refusée.

OBSERVATION N° 1216 (1926)

Césarienne conservatrice au début du travail, pour bassin aplati et généralement rétréci, suivie de myomectomie.

Il s'agit d'une primipare âgée de 37 ans, elle est réglée à 13 ans 1/2 d'une durée et d'abondance normale sans douleurs.

Sa gestation, dont les dernières règles sont du 18-22 septembre 1925, évolua normalement.

Le 23 juin 1926, elle entre au dortoir de la clinique Baudelocque pour bassin plat et très légèrement rétréci avec un promontoire à 10,2 cm. à l'examen par le palper, on note : deux noyaux fibromateux à la face antérieure de l'utérus. La tête est au-dessus du détroit supérieur, affleurant la symphyse.

Le 25 juin 1926, au moment du début du travail on décide l'intervention par l'opération césarienne en raison du bassin rétréci qui fait déborder la tête au-dessus du détroit supérieur.

Laparotomie et extériorisation de l'utérus. Incision de sa face antérieure en contournant à gauche les fibromes. Extraction de l'enfant vivant de 2.850 grammes. L'utérus se rétracte bien. On enlève le petit fibrome du fond, du volume d'un œuf de poule, puis le second dans la lèvres droite de l'incision utérine, ayant le même volume.

En faisant basculer l'utérus en avant on enlève par énucléation un myome, du volume d'une mandarine, situé sur la face postérieure de l'organe, à la

linite du corps et du segment inférieur, capitonnage au catgut de sa loge.

Suture de l'incision antérieure agrandie pour comprendre en haut la loge du fibrome du fond, à la soie n° 3, surjet de recouvrement au catgut n° 1.

On ferme la paroi abdominale sans drainage,

Suites opératoires légèrement fébriles,

La femme quitte la clinique en bon état.

TROISIEME PARTIE

INDICATIONS ET RESULTATS DE LA MYOMECTOMIE DANS LES SUITES DE COUCHES

I. — INDICATIONS

La myomectomie devient une opération de plus en plus exceptionnelle, dans ses indications et ses chances de succès, à mesure que l'état de gestation franchit ses différentes étapes. Bonne opération au cours de la grossesse, médiocre déjà, quelques cas favorables exceptés, au moment de l'accouchement, elle l'est encore plus dans les suites de couches ; en faisant une classe à part pour les fibromes à évolution vaginale.

Ceci nous amène à classer les myomes au moment des suites de couches en deux catégories : 1° Fibromes pédiculés ou sessiles à évolution abdominale ; 2° Fibromes à évolution vaginale ; les deux catégo-

ries ont des indications et un pronostic opératoire essentiellement différents.

I. — *Fibromes pédiculés ou sessiles à évolution abdominale*

Les observations de la clinique Baudelocque ne relèvent aucune complication assez sérieuse pour avoir entraîné une intervention conservatrice ou radicale.

L'intervention, quelque complication qui puisse la provoquer, ne pourrait être que l'hystérectomie. Car l'hémorragie de la délivrance provenant d'un fibrome ou une hémorragie plus tardive de même origine; les accidents douloureux pouvant faire craindre une dégénérescence maligne, relèvent de l'hystérectomie radicale, les moyens ordinaires d'hémostase et la myomectomie conservatrice étant d'une pratique dangereuse.

Il en est de même pour les accidents infectieux ayant leur siège au niveau du fibrome. Ces tumeurs sont des terrains toujours favorables à l'invasion microbienne, surtout après l'accouchement et ses traumatismes possibles. L'infection utérine se localise d'abord au niveau des fibromes, s'y exalte et se propage ensuite par les voies lymphatiques au péritoine. La péritonite ou une septicémie à allure plus ou moins rapide suivra donc l'étape tumorale. L'évolution est à marche rapide, son pronostic est fatal si l'intervention radicale précoce par l'hystérectomie ne coupe pas court à ces accidents.

II. — *Fibromes à évolution vaginale*

Plus intéressant pour la chirurgie conservatrice, sont les fibromes sous-muqueux à évolution vaginale. Ces tumeurs, si elles n'ont pas empêché la fécondation de se produire par leur présence ou n'ont pas interrompu la grossesse au cours de son évolution par un avortement (dans notre observation) ou un accouchement prématuré, peuvent passer inaperçues au moment de l'avortement et de l'accouchement et n'être révélées que dans les suites de couches par leur sphacèle ou au contraire au cours d'une révision utérine, pratiquée par une cause quelconque.

Les accidents infectieux ont un début variable. Dans le cas observé à la clinique Baudelocque (obs. n° 1785, 1924) ils débutaient avant que l'avortement se fût affectué. D'autres fois ils surviennent plus tardivement.

Le tableau clinique est celui d'une endométrite avec de la fièvre, lochies fétides, pouls accéléré et faciès infecté.

L'utérus reste gros, mou et douloureux au palper, mais le ventre reste souple, l'infection atténuée n'atteignant pas le péritoine.

Au toucher on trouve le col largement ouvert permettant une exploration intra-utérine aisée, qui révélera un polype sphacélé, mou et s'effritant facilement.

L'évolution est plutôt lente, mais progressive se

terminant dans les cas favorables par l'élimination spontanée du polype par les contractions utérines, mais l'intervention doit toujours être effectuée sans attendre cette issue heureuse et exceptionnelle.

II. — TECHNIQUE

La myomectomie pour fibromes abdominaux compliqués dans les suites de couches doit céder la place à l'hystérectomie.

Pour les fibromes à évolution vaginale, l'intervention sera une myomectomie par cette voie. Elle était dans notre cas d'une technique extrêmement simple, consistant dans une torsion du pédicule.

L'intervention doit être suivie d'une revision intra-utérine qui pourrait révéler d'autres polypes passés inaperçus, qui seront alors traités de la même façon (torsion simple du pédicule) ou par section du pédicule après pose d'une ligature.

Cette intervention très simple sera suivie d'une injection intra-utérine et de la pose d'une mèche dans la cavité utérine.

III. — RÉSULTATS

Considérant les deux catégories de fibromes, on peut dire en résumant :

1° Dans les suites de couches, la myomectomie abdominale pour fibromes sous-séreux sessiles ou pédiculés déterminant des accidents, doit être contre-indiquée et céder la place à l'hystérectomie.

2° L'intervention par voie vaginale pour fibrome sphacélé sera généralement suivie d'un résultat parfait. La température descend avec rapidité — en trois jours dans notre cas (obs. 1785, 1924) — et l'évolution des suites de couches se fera normalement. La myomectomie par voie vaginale est donc une opération logique pour les fibromes sphacelés à évolution vaginale (polypes fibreux).

MYOMECTOMIE DANS LE POST-ABORTUM

OBSERVATION, N° 1785 (1924)

Exérèse d'un polype fibreux sphacélé dans le post-abortum chez une multipare de 39 ans.

Cette multipare de 39 ans est réglée à 17 ans, régulièrement jusqu'à il y a environ 6 mois, quand elle commençait à avoir de la leucorrhée et des règles douloureuses.

La première gestation (date ?) s'est terminée par un accouchement prématuré au 7^e mois (enfant mort 24 heures après).

II-VI^e gestations (date ?) se sont terminées par des accouchements à terme, 3 enfants morts de méningite à bas âge.

7^e gestation actuelle (résumé) D. R. du 2-7 septembre 1924.

La malade est envoyée à la clinique Baudelocque de l'hôpital Cochin, où elle séjournait pour des coliques utérines accompagnées de pertes de sang.

Le 28 novembre 1924, au moment de son entrée à la clinique on trouve : un utérus au voisinage

de l'ombilic, développé comme une gestation de 4 mois 1/2 environ. Au toucher : dilatation entre petite et grande paume de main ; on sent le pôle inférieur de l'œuf membraneux à côté duquel, à la face postérieure gauche, on trouve une masse, du volume d'une mandarine qui pourrait être interprétée comme placentale.

Le 29 novembre l'œuf apparaît à la vulve. Odeur fétide et température à 38°. On décide alors de vider l'utérus par curage digital. En faisant revision intra-utérine on découvre un petit noyau fibromateux (du volume d'une noisette) sur la face antérieure du segment inférieur, puis un polype sous-muqueux, d'une grosseur d'une orange situé un peu plus hautement sur la paroi antérieure.

Ecouvillonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode.

Le 2 décembre, température à 40°, pouls à 120, on fait du sérum anti-streptococcique et met de la glace sur le ventre.

Le 4 décembre 1924, la température reste à 40° avec un pouls à 120, mais on note du subictère. Le ventre est souple, l'utérus à l'ombilic, au toucher le col est dilaté et contient une masse fibreuse. On décide l'intervention (anesthésie au chlorure d'éthyle). Par la voie vaginale on étire le polype fibreux et on l'enlève facilement par simple torsion de son pédicule. L'hémorragie est peu abondante.

On fait l'attouchement du col, légèrement ulcéré, par la teinture d'iode, puis une injection

intra-utérine iodo-iodurée et la pose d'une mèche à l'oxyde de zinc dans la cavité terminent l'intervention.

Dans les trois jours des suites opératoires, la température descend à la normale et la femme quitte la clinique, peu après, en parfait état.

CONCLUSIONS

I. — *Au cours de la gestation :*

a) Au cours d'une gestation, survenant dans un utérus porteur de fibromes, on ne doit pas considérer que la seule coexistence de fibrome et de gestation nécessite une intervention chirurgicale systématique.

b) L'indication d'intervenir chirurgicalement ne se pose que s'il survient des accidents compromettant la santé de la mère, ou l'évolution de la gestation.

c) L'indication opératoire étant posée, on doit partir avec l'idée *a priori* de pratiquer une myomectomie si elle est possible, car elle met la femme à l'abri des accidents immédiats, respecte la grossesse en cours, et surtout sauvegarde l'intégrité de l'appareil génital.

II. — *Au cours du travail :*

a) Au cours du travail l'indication de la myomectomie ne se trouve en pratique que très rarement réalisée.

b) Les fibromes praevia (corps, segments infé-

rieur), lorsque par leur volume et leur situation ils mettent obstacle à l'accouchement par les voies naturelles, sont justiciables de l'hystérectomie qui seule met à l'abri de complications infectieuses graves. La myomectomie ne trouverait son indications qu'en cas de fibrome praevia pédiculé.

c) Les fibromes du corps, au cours du travail, ne posent jamais d'indication d'intervention. C'est donc à l'occasion d'une intervention chirurgicale faite pour une autre cause (césarienne pour bassin rétréci, etc...) que l'on pourra accessoirement être conduit à pratiquer une myomectomie sur un fibrome du fond.

III. — *Dans les suites de couches :*

a) Dans les suites de couches la myomectomie abdominale, pour fibrome sous-séreux sessile ou pédiculé déterminant des accidents infectieux ou autres, doit être contre-indiquée, cédant la place à l'hystérectomie.

b) La myomectomie par voie vaginale est une opération logique pour fibromes sphacelés à évolution vaginale (polypes fibreux).

Vu le Doyen :

ROGER.

Vu le Président :

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

